



**Interdisziplinäre Arbeitsgruppe -
"Übergabeprozess Rettungsdienst-Notfallstation"**

Erläuterungen zum Flusschema
"Übergabeprozess Rettungsdienst - Notfallstation"

Einleitung

Das Grundprinzip des Übergabeprozesses basiert auf den drei Arbeitselementen: „Anmeldung“, „Übergaberapport“ und „Patiententransfer“. Die übermittelten Informationen sollen kurz sein und sich auf Aspekte beschränken, die organisatorische oder therapeutische Konsequenzen haben. Das Flusschema des Übergabeprozesses ist die kompakte Zusammenfassung dieses komplexen Arbeitsablaufes. Ein optimaler Übergabeprozess ist unabdingbar für eine korrekte und ununterbrochene Betreuung des Patienten. Zum besseren Verständnis des Flusschema und für Instruktionzwecke wurden diese Erläuterungen verfasst. Die Erläuterungen sind im weiteren Ausgangspunkt für die korrekte lokale Adaptation des einheitlichen Ablaufschemas. Dieses Papier beinhaltet auch ergänzende Empfehlungen im weiteren Umfeld der eigentlichen Übergabe zur Erleichterung der praktischen Einführung in den Arbeitsalltag.

1.) Voranmeldung

Die Voranmeldung von Patienten mit NACA 4 und höher ist notwendig für Notfallstationen (NFS) die über eine Pikettorganisation verfügen und bis 30 Minuten Aktivierungszeit bis zur vollen Einsatzbereitschaft haben. Grosse Spitäler brauchen keine Voranmeldung, da eine permanente Einsatzbereitschaft besteht. Zur Erleichterung und Vereinheitlichung der spitalinternen Alarmierung ist der Gebrauch eines eigenen Alarmierungsprotokolls unabdingbar.

Die Voranmeldung wird durch den Verantwortlichen des Rettungsteam vor Ort ausgelöst und via 144 / 1414 direkt an die NFS weitergeleitet [siehe Anmeldung unter 2.]). Die Kommunikation erfolgt via Einsatzzentrale zur optimalen Ressourcenplanung des RD.

Empfänger ist die medizinische Fachperson (in der Regel Pflegefachperson), die mit der Schichtleitung beauftragt ist. Die Funktion des Alarmempfängers und die interne Weiterleitung des Alarmes kann problemlos durch das Pflorgeteam übernommen werden. Der Inhalt der Meldung verlangt keine spezifische ärztliche Kompetenz.

• **Inhalt der Voranmeldung**

- Identifikation Ambulanz
- Geschlecht / Alter nur falls <8 Jahre (da evt. pädiatrisches Team / pädiatrische Ausrüstung benötigt wird)
- Situation des Patienten stabil / instabil
- Hauptproblematik oder Diagnose-Code / „NACA“-Code [Erklärung Seite 6]

• **Reaktion auf die Voranmeldung**

- Die Meldung wird gemäss internem Alarmierungsprotokoll NFS weitergeleitet.
- Die Material- und Raumvorbereitung wird gemäss internem Protokoll NFS veranlasst.
- Die allfällige Verlegung von Patienten wird veranlasst.

Abkürzungen: NF = Notfall / TeamNFS, NFS = Notfallstation, RD = Rettungsdienst / Team RD

2.) Anmeldung

Jedes Spital hat für Notfallanmeldungen eine einzige, direkte Telefonnummer (Umgehung der Haupttelefonzentrale des Spitals). Diese Anmeldestelle ist verantwortlich für die spitalinterne Triage und das Aufbieten des notwendigen Personals. Soweit möglich soll diese Stelle die Telefonzentrale der NFS sein.

Der Verantwortliche des Rettungsteam vor Ort (Teamleader) meldet den Patienten der Schichtleitung NF an. Die Verbindung ist via Funk oder Mobiltelefon möglich (aus Datenschutzgründen ist das Telefon vorzuziehen). Der Alarm wird bei Abfahrt vom Einsatzort abgesetzt, dies erlaubt dem Zielspital die Einschätzung der Ankunftszeit.

Der Einbezug einer ärztlichen Person in das Anmeldeprozedere ist im Normalfall nicht nötig da keine fachlich-therapeutischen Entscheidungen gefällt werden. Die Information führt nur zur Auslösung des internen Alarmierungsprotokolls, entsprechend der Hauptproblematik(en) und des Schweregrad. Für die Übermittlung der Anmeldung soll eine obere Zeitlimite von 30-45" eingehalten werden. (Detailinformationen bringen zu diesem Zeitpunkt keinen zusätzlichen Vorteil, da sie unter Umständen ohnehin bis zum Eintreffen ändern können und in jedem Fall eine komplette Neubeurteilung nötig ist.)

- **Hauptproblematik / Diagnose Code**

Zur Vermeidung von langen Erklärungen und Diskussionen soll diese Information klar und einfach mit einem allseitig bekannten Code ausgedrückt werden. (Derzeit besteht kein Konsens zur Vereinheitlichung der in Gebrauch stehenden Diagnose Codes.)

- **Kurzanmeldung bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit:**

Unter besonderen Umständen, die eine weitergehende, längere Kommunikation nicht zulassen (Zeitmangel, laufende Reanimation, gestörte Kommunikationsverbindung ua.) wird eine Kurzanmeldung mit einem minimalen Datensatz abgesetzt:

- Hauptproblematik
- stabil-instabil
- Geschlecht / Alter < 8 Jahre
- Ankunftszeit im Spital

- **Inhalt der Anmeldung**

- Identifikation Ambulanz
- Geschlecht / Alter nur falls <8 Jahre (benötigt evt. pädiatrisches Team / pädiatrische Ausrüstung)
- Hauptproblematik / Diagnose-Code / „NACA“-Code
- ABCDE / stabil - instabil
- Hauptprobleme die unmittelbar beim Eintreffen des Patienten im Spital zu behandeln sind
- Sonstige Probleme
- Voraussichtliche Ankunftszeit
- (Transportmodalität bei Bedarf: Wo dies eine spezielle Vorbereitung erforderlich ist)

- **Reaktion auf die Anmeldung**

Die Schichtleitung der Pflege koordiniert die Aktivitäten im Spital und ist verantwortlich für:

- Die Triage der eingehenden Anmeldung.
- Die Weiterleitung der Anmeldung gemäss internem Alarmierungsprotokoll*.
- Die Material- und Raumvorbereitung gemäss internem Protokoll
- Die allfällige Veranlassung der Verlegung von Patienten
- Die Verteilung der spezifischen Betreuungsfunktionen
- Die allfällige Vorbereitung zur Isolation (z.B. bei MRSA-Verdacht)
- Die allfällige Reservation von CT, OPS, O⁻Erythrozytenkonzentraten, ua.
- Dass das NF bei Eintreffen des Patienten zwingend bereit ist zur Übernahme des Patienten

* *Ein internen Alarmierungsprotokoll für NFS ist angepasst an die lokalen Gegebenheiten.*

3.) Kurzrapport

Der Kurzrapport dient zur minimalen Orientierung des NF zu den allerwichtigsten Fakten und Vitaldaten. Insbesondere wird durch den RD immer der Zustand des Patienten als stabil oder instabil definiert. ** In dieser Phase wird der Patient durch den RD betreut und die Verantwortung für den Patienten liegt weiterhin uneingeschränkt beim RD.

** *Definition instabil: Auf Grund der subjektiven Einschätzung durch das Rettungsteam besteht eine Vitalbedrohung, die eine unmittelbare Behandlungsfortsetzung oder Behandlungseinleitung erfordert.*

Dieser Kurzrapport darf maximal 30-45" dauern. Der Leader RD spricht direkt mit dem Leader des NF. Während des Kurzrapportes hört jedoch das ganze NF zu und übernimmt noch keine Aktivitäten am Patienten (kein vorzeitiges "Zerren" am Patienten oder Beginn des Entkleiden). Aktivitäten am Patienten von Seiten des NF müssen in dieser Phase unbedingt verhindert werden, damit sich das NF voll auf den Rapport konzentriert. Die seitengetrenten Positionen der verschiedenen Mitarbeiter während des Kurzrapportes sind wichtig im Hinblick auf die nonverbale Kommunikation (Augenkontakt) sowie dem Verhindern des vorzeitigen Betreuungsbegins mittels genügend Abstand. (Die Zuteilung von Funktion und Position der Mitarbeiter muss in einer separaten, spitalinternen Weisung festgelegt sein.)

Die Transfervorbereitung durch den RD folgt auf den Kurzrapport.

• Inhalt des Kurzrapports

- Begrüssung und Überprüfung ob der ärztlicher Leader und Pflgeteam-Leader bereit sind
- Aktuelles Ereignis, beziehungsweise bei Trauma die Unfalldynamik
- Patient ist instabil oder stabil (ABCDE)
- Hauptprobleme die unmittelbar zu behandeln sind (im Falle der Instabilität)
- Aktueller Zustand des Patienten bezüglich ABCDE
(Vitalparameter RD: SaO₂ / AF / HF-Rhythmus / BD / Glucose / etCO₂)

• Reaktion auf den Kurzrapport

- Teamleader RD und Teamleader NF gehen gemeinsam das primäre ABCDE durch.
- Unmittelbare Behandlung lebensbedrohlicher ABCDE-Probleme bei instabilen Patienten.
- Transfervorbereitung durch den RD, beidseits Transferbereitschaft erstellen [siehe unter 4].

4.) Transfer

Mit dem Transfer wird der Patient von der Transporteinheit des RD auf die Liege der NFS gewechselt. Der Transfer wird durch den RD geleitet [siehe aber Ausnahme unter 5: „fortgesetzte Reanimation“]. Es wird unterschieden zwischen Patienten ohne Kopf-Wirbelsäulen Stabilisationsbedarf und "fixierten" Traumapatienten. Der Transfer erfolgt je nach lokalen Gegebenheiten mit der Schaufeltrage, der Vakuummatratze oder dem "spine board".

Der Transfer mit der Schaufeltrage hat den grossen Vorteil, dass der Patient die Transporteinheit "sauber" wechselt und auch das Drehen des Patienten ("log-roll") *** frühzeitig erfolgen kann. Im Weiteren wird die Matratze des RD wieder für einen nächsten Einsatz frei.

Der Vorteil von Vakuummatratze / "spine board" besteht in der fehlenden Notwendigkeit der Schaufeltrage, hat aber den Nachteil, dass oft Schmutz (va. potentiell infektiöses Material) aber auch Kleider, Fremdkörper (Steine, Splitter usw.) lange Zeit nicht entfernt werden. Als weiteren Nachteil beobachtet man oft, dass das Drehen des Patienten eher spät erfolgt oder ganz unterlassen wird, da der Patient "fixiert" ist.

*** „log-roll“: englisch, Begriff im ATLS® für das „en-bloc“ Drehen des Patienten zur Untersuchung der Körperrückseite

Das Monitoring wird in der Regel für den kurzen Moment des Transfers unterbrochen. Diese therapeutische Lücke muss so kurz wie möglich gehalten werden. Wo notwendig bleibt der Patient mit dem Defibrillator des RD verbunden.

Wird der Patient reanimiert, wird dies solange auf der Transporteinheit des RD fortgesetzt, bis sich der Leader RD mit dem Leader NF über die spezifische Transfermodalität (Übernahme der einzelnen Arbeitspositionen) abgesprochen haben. Der Transfer soll aber zum frühest möglichen Zeitpunkt erfolgen [siehe auch Verantwortung unter 5.)].

Transfermodalität 1 - Verlegung mit Schaufeltrage

- Der RD erhält und überwacht die Vitalfunktionen (Patient auf der Liege des RD).
- Der RD entfernt Kabel / Gurten, sichert Infusionen, das Rhythmusmonitoring verbleibt nur für Patienten mit notwendiger Defibrillationsbereitschaft.
- Das NF schneidet die Kleidung auf und entfernt sie zusammen mit Schmutz und Fremdkörper (Rückseite während "log-roll").
- Das NF führt unter Mithilfe des RD den "log-roll" aus und der ärztlicher Leader des NF untersucht die Rückseite des Patienten.
- Die Schaufeltrage wird angelegt und der Patient gemeinsam auf die Liege der NFS transferiert (Liege je nach Bedarf mit Vakuummatratze bestückt).
- Aufnahme des vollständigen Monitoring der Vitalfunktionen und erneute Fixation von Kopf und Wirbelsäule bei entsprechenden Patienten durch NF.

• Transfermodalität 2 - Verlegung mit "spine board"

- Der RD erhält und überwacht die Vitalfunktionen (Patient auf der Liege des RD).
- Der RD entfernt Kabel / Gurten, sichert Infusionen, das Rhythmusmonitoring verbleibt nur für Patienten mit notwendiger Defibrillationsbereitschaft.
- Das NF schneidet die Kleidung auf und entfernt sie zusammen mit Schmutz und Fremdkörper (Rückseite während "log-roll").
- Das NF führt unter Mithilfe des RD den "log-roll" aus und der ärztlicher Leader des NF untersucht die Rückseite des Patienten.
- Das NF entfernt die restlichen Kleider und reinigt grob das "spine board".
- Erneute Fixation von Kopf und Wirbelsäule bei entsprechenden Patienten.
- Der RD und NF transferieren den Patient mit dem "spine board" des RD auf die Liege der NFS.
- Aufnahme des vollständigen Monitoring der Vitalfunktionen durch NF.

• Reaktion auf den Transfer

- Sofortige Reevaluation des ABCDE durch den Leader-NF
- Mit Abschluss des Transfers wird die Monitorisierung durch das NF übernommen.
- Mit Abschluss des Transfer und Wechsel der Monitorisierung wird die Verantwortung vom Leader-RD an den Leader-NF übertragen [siehe auch Verantwortung unter 5.)].

5.) Übergabe der Verantwortung

Im Prinzip erfolgt die Übergabe der Verantwortung für den Patienten nach dem Transfer auf die Spitalliege. Die Übernahme der Verantwortung wird vom Leader-NF verbal quittiert.

Während einer **fortgesetzten** Reanimation ausgeführt durch den RD, wird die Verantwortung nach dem Kurzrapport verbal vom Leader-RD auf den Leader-NF übertragen. In dieser Situation wird die Verantwortung ausnahmsweise vor dem Transfer übergeben (nach dem Prinzip „wer leitet ist verantwortlich“).

Der Arzt der NFS wird mit Übernahme der Verantwortung weisungsberechtigt gegenüber dem RD.

Jeder der Teamleader ist verantwortlich für die Handlungen seiner Mitarbeiter.

Das Spital ist verantwortlich für eine korrekte Organisation der NFS. Dazu gehört insbesondere, dass beim Eintreffen des RD von Seiten der NFS die Übernahme des Patienten gewährleistet ist.

6.) Übergaberapport

Bei Patienten „NACA“ 1-3 (und „NACA“ 4 Patienten ausserhalb des Schockraumes) wird direkt der vollständige Übergaberapport abgegeben. Die Anwesenheit des Arztes ist wünschbar aber nicht unabdingbar. In diesen Fällen wird der Transfer des Patienten nach dem Rapport durchgeführt.

Bei Patienten „NACA“ 5/6 ist der vollständige Übergaberapport die Ergänzung zum Kurzrapport. Idealerweise wird der ergänzende Rapport vom Teamleader RD an den ärztlichen Leader NF und der verantwortlichen Pflegeperson abgegeben. Ist der Arzt auf Grund der aktiven Betreuung des Patienten unabhkömmlich (dies muss aber eine wirklich klare medizinische Begründung haben!), wird der Rapport nur an die Pflege abgegeben. Der vollständige Übergaberapport wird in dieser Situation idealerweise nach der initialen Stabilisierung (bzw. nach dem “1° survey ATLS” und vor dem “2° survey” aber nach dem “2° ABCDE ACLS”) abgegeben.

Am Ende des vollständigen Rapportes werden auch Einsatzprotokoll, Begleitdokumente (z.B. Überweisungsschreiben, usw.), Effekten und Effekteninventar übergeben. ****

Der vollständige Rapport dauert in der Regel nicht mehr als 2 Minuten.

**** *Ein Effekteninventar wird durch den RD nur erstellt, wenn der Patient von seinen Effekten getrennt wird.*

Der RD soll für das Effekteninventar ein Formular mit Mehrfachkopien verwenden, so dass dieses durch die NFS weiter verwendet werden kann.

• Inhalt des Vollrapports

- Name / Alter
- Ereignis mit Zeitpunkt / Unfalldynamik-Bergung / Verletzungen / Verdachtsdiagnose
- Verlauf bis zum Eintreffen des RD / Massnahmen durch andere Personen
- Zustand beim Eintreffen des RD, Zeitpunkt / Vitalparameter (ABCDE)
- Hauptproblem / Leitsymptome
- Massnahmen / Therapie durch RD
- Verlauf bis zum Eintreffen im Zielspital
- Anamnese
 - = Begleiterkrankungen / vorbestehende Erkrankungen
 - = Allergien
 - = Medikamente
 - = letzte Mahlzeit / Trinken
 - = Hausarzt
 - = spezielle Beobachtungen
- Besonderes:
 - = Angehörige (unbekannt, informiert, folgen nach)
 - = Beteiligte Instanzen (Polizei / Justiz / Ärzte vor Ort)
 - = usw.
- Übergabe
 - = Einsatzprotokoll, Begleitdokumente, Fotodokumentation
 - = Effekten, Effekteninventar

• Reaktion auf den Vollrapport

- Nach dem Vollrapport kann sich der RD zurückziehen.
- Das Team NF arbeitet alleine weiter.
- Das Team RD reetabliert und verabschiedet sich.

7.) Allgemeine Bemerkungen

Zu vermeiden sind Rapporte zwischen „Tür und Angel“ (z.B. wenn ein Teil des NF den Patienten an der Ambulanz / beim Helikopter abholen geht).

Unstimmigkeiten die während der Übergabe entstehen sind ernst zu nehmen und sollen in der Folge gemeinsam besprochen werden (z.B. Einsatznachbesprechung, Defusing / Debriefing).

Zur Problemerkfassung sind „critical incident reporting systems“ (CIRS) und Auswertung der Einsatzprotokolle geeignet.

Zur Förderung der Zusammenarbeit sollen Strukturen geschaffen werden, die zu einer regelmässigen Kommunikation zwischen RD und NFS führen. In diesem Sinn ist auch ein regelmässiger Kontakt zwischen Leiter RD(en) und Leiter NFS vorzusehen.

Der Übergabeprozess soll obligatorisch Bestandteil der Ausbildung von Rettungssanitätern wie auch der Pflegenden der NFS werden. Alle Mitarbeiter auf der NFS müssen im Rahmen der Einführung mit diesem Prozess vertraut gemacht werden.

Zur Qualitätskontrolle sind gewisse Aspekte der Übergabe systematisch oder mittels Stichproben zu überprüfen.

8.) Mitglieder der interdisziplinären Arbeitsgruppe (2005)

- Biewald Wolfgang, Stv. Pflegemanager, Notfallstation Spital Uster
- Degani Remo, Rettungssanitäter SRK, Rettungsdienst St. Gallen
- Dr. med. Klemmer Urs, Leitender Arzt, REGA Zürich
- Dr. med. Sieber Robert, Leitender Arzt Notfallstation, Ospedale Regionale di Lugano
- Tobias Petra, Weiterbildungsleitung Notfallpflege, Kantonsspital Baden
- Weimann Tobias, Rettungssanitäter SRK, Rettungsdienst Uster

9.) Literatur

- Algorithmen Rettungsdienst, Interessengemeinschaft IG NORD, 2004
- Direttiva „Consegna tra Servizio Ospedaliero e preospedaliero in Pronto Soccorso
- Advanced Trauma Live support[®], student manual 7th. edition 2005
- NACA Index, National Advisory Committee for Aeronautics“, ca. 1960

NACA-Index (revidiert von der REGA)	
Der NACA-Index ist ein in der Notfallmedizin verwendetes System zur Initialbeurteilung eines Patienten vor Ort und zur Klassifizierung des Schweregrades einer Verletzung oder Krankheit. Die ursprünglich siebenstufige Skala (1-7) wurde in den USA zur Beurteilung von Verletzten nach Flugzeugunfällen entwickelt (Original vom „National Advisory Committee for Aeronautics“, ca. 1960)	
NACA 0	unverletzt / gesund
NACA 1	keine unmittelbar ärztliche Therapie notwendig
NACA 2	ambulante Abklärung und Therapie nötig
NACA 3	Verletzung / Erkrankung ohne Vitalgefährdung, hospitalisationsbedürftig
NACA 4	Verletzung / Erkrankung mit möglicher Vitalgefährdung
NACA 5	Verletzung / Erkrankung mit akuter Vitalgefährdung
NACA 6	Reanimation notwendig, erfolgreich
NACA 7	Tödliche Verletzung / Erkrankung - Reanimation erfolglos

Sieber 1. Rev. 2009 / AG Version1 2005

*Zur besseren Lesbarkeit wurden nur männliche Personenbezeichnungen verwendet.
Wir bitten die Leserinnen um Verständnis.*

Detailansicht Übergabeprozess Rettungsdienst – Notfallstation

Phasen	Kommunikation		Aktivität und Verantwortlichkeit					
	von	zu	Rettungsdienst / Präklinik		Spital / Klinik			
* Voranmeldung	144 1414	Telefonzentrale Notfallstation	<ul style="list-style-type: none"> ID Ambulanz Geschlecht / Alter falls <8 Jahren Hauptproblematik / Diagnose-Code / „NACA“-Code <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: 20px;">* Für NACA 4!> In Spitälern mit Pikettdiensten</div>		<ul style="list-style-type: none"> Zu alarmieren sind 2 Pflegendende Assistent + Senior Anästhesist /-Pflege Radiologie Laboratorium evt. Transfusionsdienst (0- Blut) evt. Spezialdienste 		<ul style="list-style-type: none"> Materialvorbereitung Warme Infusion Sonogerät, Reservation CT Schaufeltrage angewärmt Warmluftdecke REA- Medikamente Katheter und Drainagen Selbstschutz (Handschuhe usw.) / Isolation (MRSA) Verordnungsblätter (Lab, Rx) 	<ul style="list-style-type: none"> Verteilung der Funktionen im NF-Team Verteilung auf Tafel festgelegt Kennzeichnung des Leaders (zB. Leucht-Weste / Armbinde)
Anmeldung	Leader RD	Schichtleitung Pflege NF	<ul style="list-style-type: none"> ID Ambulanz Geschlecht / Alter falls <8 Jahren Hauptproblematik / Diagnose-Code / „NACA“-Code ABCDE / stabil - instabil Hauptprobleme die unmittelbar zu behandeln sind bei Ankunft im NF Voraussichtliche Ankunftszeit 		<div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A{Pat. stabil?} -- Ja --> B[Übernahme des Patienten] A -- Nein --> C[Erhaltung der Vitalfunktionen] </pre> </div>			
Kurzrapport primäres ABCDE – Transfer	Leader RD	Leader NF	<p>Ankunft / Kurzrapport</p> <ul style="list-style-type: none"> Begrüßung / Bestätigung dass notwendige Personen anwesend sind aktuelles Ereignis, bei Trauma Unfallodynamik stabil – instabil (ABCDE) Hauptprobleme die unmittelbar zu behandeln sind (ABCDE) <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>Übergabe des primären ABCDE (Leader NF zusammen mit Leader RD)</p> <ul style="list-style-type: none"> unmittelbarer Probleme (ABCDE) Kontrolle Hauptproblem/e (ABCDE) Vitalparameter RD: SaO₂, BD, HF, Rhythmus, Glucose, etCO₂ </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>Transfer des Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitoring durch den RD Vollständiges Entkleiden und Schutz vor Unterkühlung Fixation von Frakturen Schutz von Leitungen / Tubus / Kabel „log-roll“ Transfer von → zu: <ul style="list-style-type: none"> Pat. auf Vacuum → Schaufeltrage → Matratze/Vacuum NF Pat. auf „spine board“ → „spine board“ auf Matratze/Vacuum NF Pat. auf Tuch → mit Tuch auf Matratze des NF Wechsel der Monitorisierung vom Team RD → Team NF Kontrolle Vitalparameter und Analgesie </div>					
Übergaberapport	Leader RD	Leader NF	<p>Vollständiger Übergaberapport</p> <ul style="list-style-type: none"> Name / Alter Ereignis mit Zeitpunkt (Unfallodynamik / Bergung / Foto vom Unfallort) Verlauf bis zum Eintreffen des RD (Massnahmen durch andere) Zustand beim Eintreffen RD / Zeitpunkt (Atmung / Kreislauf / Bewusstsein) Hauptprobleme / Symptome Massnahmen / Therapie durch RD Verlauf bis Eintreffen im Zielspital Anamnese (Begleiterkrankungen – Allergien – Medikamente letzte Mahlzeit – Hausarzt – spezielle Beobachtungen) Besonderes - Angehörigen (unbekannt, informiert, folgen nach) - beteiligte Instanzen (Polizei, Justiz, Arzt vor Ort) Übergabe des Einsatzprotokoll und Begleitdokumente (Überweisungsschreiben, Fotodokumente) an den Leader NF Übergabe von Effekten / Wertsachen, Effekteninventar an die Pflege 		<p>Hauptproblem/e (ABCDE)</p> <ul style="list-style-type: none"> A: Atemwege offen und gesichert? falls intubiert: Position des Tubus? Halswirbelsäule stabilisiert? B: Ventilation effizient? Oxygenierung genügend? Spannungspneumothorax? C: Blutstillung effizient? (Becken?) Infusionen adäquat? Rhythmus / Frequenz effizient? D: GCS / Pupillen / Sensibilität / Motorik? Immobilisation genügend? E: Exploration visuell komplett? Unterkühlungsschutz effizient? Monitoring Kerntemperatur? <p style="text-align: center;"><i>Fortsetzung der Betreuung gemäss spezifischen Protokollen (Polytrauma / Reanimation / anderes)</i></p>			

Einsatzdokument Rettungsdienst

Checkliste Anmeldung im Zielspital

1. **Geschlecht** / Alter (falls <8Jahre)
2. **Hauptproblematik** (Diagnose Code)
- *Erkrankung / Verletzung*
3. ABCDE
- **stabil-instabil** / „NACA“-Code
4. Sonstige Probleme
5. **Voraussichtliche Ankunftszeit**

→ **fettgedruckt** = Minimalanmeldung bei Zeitmangel
oder Kommunikationsproblemen

Checkliste Übergaberapport

1. Name / Alter
2. Ereignis mit Zeitpunkt (*Unfalldynamik – Bergung*)
3. Verlauf bis Eintreffen RD
(*Massnahmen durch andere*)
4. Zustand beim Eintreffen RD, Zeitpunkt
(*Atmung / Kreislauf / Bewusstsein*)
5. Hauptproblem / Symptome
6. Massnahmen / Therapie durch RD
7. Verlauf bis Eintreffen Zielspital
8. Anamnese
(*Begleiterkrankungen, Allergien, Medikamente,
letzte Mahlzeit, Hausarzt, spezielle Beobachtungen*)
9. Besonderes
- Angehörige (*unbekannt, informiert, folgen nach*)
- Beteiligte Instanzen (*Polizei, Justiz, Arzt vor Ort*)
- usw.
10. Übergabe
- Einsatzprotokoll, Begleitdokumente,
- Fotodokumentation
- Effekten, Effekteninventar